Fondation HOPALE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER PATIENT

Afin de permettre le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à :

FONDATION HOPALE
Monsieur le Directeur Général
Rue du Docteur Calot - 62608 BERCK SUR MER CEDEX

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom ..... **Nom de naissance** .....
Prénom .....
Date de naissance .....
Téléphone .....
Email .....
Adresse ....
Code postal .....**Ville** .....

IDENTITE DU PATIENT (POUR LES DEMANDES PAR UN TIERS – MERCI DE COMPLETER LA PAGE SUIVANTE) :

Nom ..... **Nom de naissance** .....
Prénom .....
Date de naissance .....

INFORMATIONS RELATIVES A L'HOSPITALISATION :

Etablissement .....
Service .....
Date ou période du/des séjour(s) concerné(s) (veuillez indiquer année/mois) .....
Médecin(s) concerné(s) : .....

Fondation HOPALE

➔ Demande de dossier par le patient lui-même ou mineur émancipé :

Justificatif à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour).

➔ Demande de dossier par un tiers :

A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOTRE DEMANDE CONCERNE UNE TIERCE PERSONNE :

Dans les options suivantes, veuillez préciser votre situation par rapport à la personne concernée par le dossier et fournir les justificatifs nécessaires :

☐ **VOUS ETES UN AYANT DROIT D'UN PATIENT DECEDE, SON CONCUBIN OU LIE PAR UN PACS**

La loi du 4 mars 2002 règlemente de façon stricte, au sein du code de la santé publique, l'accès des ayants droit au dossier du patient décédé.
Article L.1110-4 : « … Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.»

Préciser votre lien avec le défunt : ……

Préciser le motif de votre demande parmi les trois possibilités :

☐ Connaître la cause du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir vos droits

☐ Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille

Pour les trois derniers objectifs, veuillez préciser votre demande (seuls les éléments du dossier médical qui répondent à cet objectif pourront vous être transmis) :
……
……
……

Pour le 4ème motif, les informations, si elles existent, ne pourront être transmises qu'au médecin qui prend en charge la personne faisant l'objet d'un examen génétique (dans les conditions de l'article L. 1130-4 du CSP) sauf volonté contraire du patient avant son décès.

Justificatifs à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité et du livret de famille, ou le cas échéant attestation de votre qualité de successeur légal du défunt (certificat d'hérédité ou acte notarié), copie de la convention de PACS, preuve de concubinage.

☐ **VOUS ETES LE TUTEUR DU PATIENT**

Justificatifs à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité et copie de l'ordonnance du juge des tutelles ou du livret de famille

☐ **VOUS ETES MANDATE PAR LE PATIENT OU UN JUGE**

Justificatifs à fournir : copie recto-verso d'une pièce d'identité et copie du mandat du juge.

Fondation HOPALE

NATURE DE LA DEMANDE :

- ☐ Visite d'entrée
- ☐ Visite de service
- ☐ Lettre de liaison
- ☐ Courrier médical échangé pendant l'hospitalisation
- ☐ Compte-rendu opératoire
- ☐ Courrier de consultation
- ☐ Compte-rendu d'imagerie médicale (hors radiographie)
- ☐ Clichés d'imagerie médicale (format papier avant 2015 / format CD après 2015) **pour les établissements Berckois**

Autre document :

.....

.....

.....

MOTIF DE LA DEMANDE *(afin de faciliter le traitement de votre demande – facultatif)* :

.....

.....

MODALITES DE COMMUNICATION QUE VOUS SOUHAITEZ :

1. **Envoi postal de copies :**

☐ A votre domicile ☐ Chez le médecin que vous avez désigné

Veuillez préciser son nom et ses coordonnées :

.....

2. Retrait sur place (vous serez contacté) ☐ **3. Consultation sur place** ☐

En cas de consultation sur place, souhaitez-vous un accompagnement médical : OUI ☐ *NON* ☐

Vous avez également la possibilité de vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix pour la consultation de votre dossier patient.

Fondation HOPALE

RAPPEL :

Les informations auxquelles vous accédez sont strictement personnelles et pourraient être utilisées par des tiers à vos dépends (famille, entourage, employeur, banquier, assureur…). Nous vous conseillons donc d'éviter toute diffusion des dites pièces.

Concernant l'échéance de réalisation des copies demandées, nous vous rappelons que vous disposez d'un délai légal de rétractation de 48 heures (jours ouvrés) à la réception de l'intégralité de vos pièces justificatives. Après celui-ci, le Département de l'Information Médicale dispose de 8 jours pour effectuer les duplicatas datant de moins de cinq ans et de deux mois pour ceux antérieurs.

Date :

Signature :